

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1935

**THÈSE**

N<sup>o</sup>

POUR LE

**691**

**DOCTORAT EN MÉDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

**Raymond VIDAL**

Né à Graponne sur Arzon (Haute-Loire)

---

**L'ULCÈRE AIGU DE LA VULVE**

**au cours**

**DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE**

---

*Président : M. LEMIERRE, Professeur*

---

---

**PARIS**

**LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ**

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

---

1935



THÈSE  
POUR LE DOCTORAT  
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41550425\\_0021](https://archive.org/details/IA41550425_0021)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1935

**THÈSE**

N°

POUR LE

**DOCTORAT EN MÉDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

**Raymond VIDAL**

Né à Craponne sur Arzon (Haute-Loire)

---

**L'ULCÈRE AIGU DE LA VULVE**

**au cours**

**DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE**

---

*Président : M. LEMIERRE, Professeur*

---

---

**PARIS**

**LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ**

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

—  
1935

# LE DOYEN : G. ROUSSY

## I. — PROFESSEURS

|                                                                |                    |
|----------------------------------------------------------------|--------------------|
| Anatomie .....                                                 | MM.                |
| Physiologie.....                                               | ROUVIERE.          |
| Physique médicale .....                                        | Léon BINET.        |
| Chimie médicale .....                                          | STROHL.            |
| Bactériologie .....                                            | DESGREZ.           |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale.....              | Robert DEBRE.      |
| Pathologie médicale et générale .....                          | BRUMPT.            |
| Pathologie chirurgicale .....                                  | BAUDOUIN.          |
| Anatomie pathologique .....                                    | CHEVASSU.          |
| Histologie .....                                               | ROUSSY.            |
| Pharmacologie et matière médicale .....                        | CHAMPY.            |
| Thérapeutique .....                                            | TIFFENEAU.         |
| Hygiène et médecine préventive.....                            | HARVIER.           |
| Médecine légale .....                                          | TANON.             |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                | BALTHAZARD.        |
| Pathologie expérimentale et comparée.....                      | LAIGNEL-LAVASTINE. |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie.....                  | FIESSINGER.        |
|                                                                | Maurice VILLARET   |
| Clinique médicale .....                                        | LOEPER.            |
|                                                                | CARNOT.            |
|                                                                | CLERC.             |
|                                                                | Marcel LABBE.      |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....               | LEREBOULLET.       |
| Clinique des maladies des enfants .....                        | NOBECOURT.         |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. | H. CLAUDE.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....           | GOUGEROT.          |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                 | GUILLAIN.          |
| Clinique des maladies infectieuses .....                       | LEMIERRE.          |
| Clinique chirurgicale.....                                     | CUNEO.             |
|                                                                | GOSSET.            |
|                                                                | GREGOIRE.          |
|                                                                | LENORMANT.         |
| Clinique ophtalmologique.....                                  | TERRIEN.           |
| Clinique urologique .....                                      | MARION             |
| Clinique d'accouchements.....                                  | BRINDEAU.          |
|                                                                | COUVELAIRE.        |
|                                                                | JEANNIN.           |
| Clinique gynécologique .....                                   | N...               |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....             | OMBREDANNE.        |
| Clinique thérapeutique médicale .....                          | RATHERY.           |
| Clinique oto-rhino-laryngologie.....                           | LEMAITRE.          |
| Clinique thérapeutique chirurgicale.....                       | Pierre DUVAL.      |
| Clinique propédeutique.....                                    | SERGENT.           |
| Clinique de la tuberculose.....                                | BEZANCON.          |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte .....           | MATHIEU.           |
|                                                                | HOVELACQUE.        |
|                                                                | MULON.             |
| Professeurs sans chaire .....                                  | OLIVIER.           |
|                                                                | VERNE.             |
|                                                                | MOCQUOT.           |



## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

### MM.

BENARD (Henri) Pathologie médicale.  
BERNARD (E) Pathologie médicale.  
BOULIN..... Pathologie médicale.  
BULLIARD..... Histologie.  
CATHALA..... Pathologie médicale.  
CHEVALLIER.. Pathologie médicale.  
DOGNON..... Physique.  
FEY..... Urologie.  
GALLIARD..... Parasitologie.  
GASTINEL..... Bactériologie.  
DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie  
                                          chirurgicale.  
GAYET..... Physiologie.  
GIROUD..... Histologie.  
HAGUENEAU... Pathologie médicale.  
HALPHEN..... Oto-rhino-Laryng.  
HAZARD..... Pharmacologie.  
HUGUENIN..... Anatomie pathologique  
JOANNON..... Hygiène.  
LABBE (Henri). Chimie biologique.  
LACOMME..... Obstétrique.  
LANTUEJOUL. Obstétrique.

### MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale  
LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.  
LEVEUF..... Pathologie chirurgicale  
Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.  
LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiâ-  
                                          trie.  
MOREAU..... Pathologie médicale.  
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale  
MOUQUIN..... Pathologie médicale.  
OBERLING.... Anatomie pathologique  
PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale  
PIEDELIEVRE. Médecine légale.  
PORTES..... Obstétrique.  
RICHET..... Physiologie.  
SANNIE..... Chimie biologique.  
SENEQUE..... Pathologie chirurgicale  
TROISIER..... Pathologie expérimentale  
TURPIN..... Pathologie médicale.  
VIGNES..... Obstétrique.  
WILMOTH..... Pathologie chirurgicale  
BESANÇON.... Hydrologie.

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

### MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale  
BUSQUET..... Pharmacologie.  
CHAILLEY-BERT Physiologie.

### MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique  
NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

#### IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.  
 ABRAMI ..... Clinique médicale.  
 ALAJOUANINE. Clinique médicale.  
 AUBERTIN..... Clinique médicale.  
 BRULE ..... Clinique médicale.  
 CHABROL ..... Clinique médicale.  
 CHIRAY ..... Clinique médicale.  
 DONZELOT..... Clinique médicale.  
 DUVOIR ..... Clinique médicale.  
 LIAN ..... Clinique médicale.  
 PASTEUR-VALLÉRY-RADOT Clinique médicale.  
 SEZARY ..... Clinique médicale.

MM.  
 BASSET ..... Clinique chirurgicale.  
 BROCC ..... Clinique chirurgicale.  
 CADENAT ..... Clinique chirurgicale.  
 GATELLIER .... Clinique chirurgicale.  
 HEITZ-BOYER.. Clinique chirurgicale.  
 MOURE ..... Clinique chirurgicale.  
 QUENU..... Clinique chirurgicale.  
 SCHWARTZ .... Clinique chirurgicale.  
 VELTER ..... Clinique chirurgicale.

MM.  
 ECALLE..... Clinique obstétricale.  
 GUENIOT..... Clinique obstétricale.  
 LE LORIER ..... Clinique obstétricale.  
 LEVY-SOLAL ... Clinique obstétricale.  
 METZGER..... Clinique obstétricale

#### V. — CHARGÉS DE COURS

MM.  
 CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.  
 LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.  
 WEILL-HALLE ..... Puériculture.  
 FREY..... Stomatologie.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

## A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

### A MON PÈRE

*Bien faible témoignage de  
mon amour filial et de ma  
reconnaissance pour tout ce  
qu'il a fait pour moi.*

### A MA FEMME

*Qui par sa gentillesse et son  
amour me rend la vie douce et  
agréable. Je suis heureux de  
lui exprimer ici ma vive ten-  
dresse.*

A MES BEAUX PARENTS

*En témoignage de toute mon  
affection.*

A MON BEAU-FRÈRE

LE DOCTEUR HENRI MARSET

ANCIEN INTERNE A L'HOPITAL DÉPARTEMENTAL  
DE LA SEINE

*Qui nous a toujours aidé  
de ses conseils éclairés et guidé  
de son expérience.*

A MA FAMILLE

*Plus particulièrement à mes  
tantes, à mes belles sœurs, à mes  
beaux-frères.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE  
PROFESSEUR DE CLINIQUE A LA FACULTÉ  
MÉDECIN DE L'HOPITAL CLAUDE BERNARD  
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE  
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Pour le grand honneur qu'il  
nous a fait, en acceptant la pré-  
sidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. BRULÉ  
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ  
MÉDECIN DE L'HOPITAL TENON  
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Inspirateur de ce travail,  
dont nous nous rappellerons  
toujours le bel enseignement et le  
magnifique esprit de recherche.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN MICHAUX  
MÉDECIN DE L'HOPITAL DÉPARTEMENTAL  
DE LA SEINE  
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*A qui nous devons beaucoup.*

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

A NOS MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

Monsieur le Professeur SERGENT (La Charité).

Monsieur le Professeur LEJARS (*in memoriam*).

Monsieur le Professeur PROUST (*in memoriam*).

Monsieur le Professeur CHEVASSU (Cochin).

Monsieur le Professeur NOBECOURT (Enfants-Malades)

Monsieur le Professeur COUVELAIRE (Maternité).

Monsieur le Docteur SEZARY (Saint-Louis).

Monsieur le Docteur HALBRON (Hôtel Dieu).

Internat à l'Hôpital Départemental de la Seine.

Monsieur le Docteur Jean MICHAUX.

Monsieur le Docteur François DAINVILLE.

Monsieur le Docteur BITH.

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. GILBRIN  
ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

*Avec l'expression de ma reconnaissance pour les conseils qu'il nous a donnés au cours de ce travail,*

A MON AMI JEAN ROBERT

A TOUS MES AMIS

## INTRODUCTION

---

L'étude de « *l'Ulcus vulvae acutum* » est importante pour le spécialiste, le praticien et le médecin légiste car il simule une affection vénérienne, alors que sa fréquence est surtout grande chez les vierges. C'est une affection aiguë spécifique, bénigne, parfois sujette à récurrence, souvent autonome, mais apparaissant parfois aussi au cours de maladies telles que la grippe, la tuberculose, l'érythème noueux, etc.

Il nous fut donné, alors que nous étions dans le service de M. le Professeur Brulé, d'observer le *premier cas français d'ulcère aigu de la vulve au cours d'une fièvre typhoïde*. Ce cas fut rapporté à la séance du 15 avril 1932 de la Société médicale des hôpitaux.

Depuis plusieurs cas français et étrangers d'ulcère aigu de la vulve survenant au cours de la fièvre typhoïde ont été publiés.

Aussi nous a-t-il paru intéressant d'étudier cette question.

Nous remercions M. le Professeur Brulé qui nous inspira le sujet de cette thèse.

Nous avons l'intention de diviser notre sujet de la manière suivante :

I<sup>re</sup> partie : Historique.

II<sup>e</sup> partie : Signes cliniques, évolution et formes cliniques de l'ulcère aigu de la vulve.

III<sup>e</sup> partie qui comprendra :

*a.* Les observations que nous avons recueillies sur l'ulcère aigu de la vulve.

*b.* Les signes cliniques et les formes cliniques de cet ulcère au cours de la fièvre typhoïde.

*c.* La certitude que l'ulcère apparaît au cours d'une dothiéntérie.

*d.* Le moment où apparaît l'ulcère au cours de la dothiéntérie.

*e.* L'évolution de ces deux affections.

*f.* Les complications qui surviennent ; la forme microbienne de la dothiéntérie coïncidant avec l'ulcère aigu de la vulve ; l'âge et l'état génital des malades chez lesquelles apparaît le syndrome.

*g.* Le pronostic.

*h.* Le diagnostic positif.

*i.* Le diagnostic différentiel.

*j.* La rareté apparente de l'affection.

IV<sup>e</sup> partie : Le laboratoire.

*a.* Anatomie pathologique.

*b.* Bactériologie.

V<sup>e</sup> partie : Pathogénie de cette affection.

VI<sup>e</sup> partie : Traitement.

VII<sup>e</sup> partie : Conclusion.

## HISTORIQUE

---

Le terme d'*Ulcus vulvae acutum* fut créé vers 1912 par Lipschutz de Vienne, époque où il traça à grands traits la première étude importante de cette nouvelle entité morbide, qui, depuis lors, s'appelle également : maladie de Lipschutz. Sous d'autres dénominations, cette affection avait déjà été signalée. C'est ainsi que Neumann la remarque la première fois en 1895 sous le nom d'« ulcère aphteux des organes génitaux », puis Welandér, puis Busske sous le nom d'*ulcus simplex*. Czapin en 1907 observe neuf cas d'ulcères non vénériens des organes génitaux de la femme guérissant spontanément ; mais cette affection était à peu près ignorée. C'est cette même année en 1907, que Lipschutz eut l'occasion de relever pour la première fois sur une jeune fille de 17 ans des lésions ulcéreuses des organes génitaux externes qui, « en raison de leur apparence, de leur évolution et du résultat de l'examen microscopique de la sécrétion ne pouvaient se ranger dans aucune des affections connues ». Il observe par la suite trois nouveaux

cas présentant les mêmes caractères il les publia sous le nom d'*ulcus vulvae acutum*. Depuis, cette affection est souvent observée dans tous les pays mais plus fréquemment dans les pays de langue allemande.

Avec Lipschutz qui par la suite en rapporte de nombreux cas, Grosz en 1914, Appel et Scherber en 1916, Lenartowicz en 1917, Al Fonss en 1919, Loevi, Kummer et Brunauer en 1920, Bingel en 1921, Arzt en 1924, Werther et Schugt en 1925, Matras en 1928 et 1932, Gottron en 1930, Leftakis en 1933 en publient de nombreuses observations. Mais c'est Scherber qui après Lipschutz s'intéresse le plus à cette question.

Dans les archives de dermatologie et syphilis en 1916 il en fait à son tour une étude. Il a observé vingt deux fois cette affection qu'il propose d'appeler « *ulcus pseudo-tuberculeux* ».

L'ulcère aigu de la vulve a été observé en Amérique par Olson en 1920, en Angleterre par Mc Donagh en 1924, en Italie par Buquicchio et Capelli en 1925, Monacelli en 1927, Maderna en 1934 ; en pays scandinaves par Carol et Ruys en 1928. En Russie en 1933, Assnin et Sutejew en publient sept cas dont un au cours de la tuberculose, un au cours de la grippe, un au cours d'une pleurésie ; un qui a récidivé pendant quatre ans. En France il a fallu attendre un article de Monacelli sur « Quelques cas d'*ulcus vulvae acutum*

paru en 1927 dans les *Annales des maladies vénériennes*, alors que plus de soixante cas étrangers étaient connus, pour que fut publié le premier cas français dans la réunion dermatologique de Strasbourg par Roederer et Sloimocivi. Gougerot, Burnier et Uhry publient le deuxième cas en 1929 ; Pautrier et Roederer en 1931 le troisième cas français, Burnier et Carteaud observent un cas d'ulcère aigu de la vulve compliqué d'érythème noueux. C'est alors que le 20 janvier 1932 paraît le premier travail français important sur cette question par M. Paul Chevallier qui apporta quatre observations nouvelles. Enfin en 1934, MM. Sezary et Horowitz en observent un nouveau cas.

Il semble donc qu'en France la maladie est moins rare qu'il ne paraissait jusqu'en 1928, car depuis lors les cas de cette affection autonome sont assez nombreux.

\*  
\* \*

L'ulcère aigu de la vulve au cours de la fièvre typhoïde est plus rare.

Mais lorsque l'*ulcus vulvae acutum* n'est pas autonome, c'est au cours de la dothéinentérie qu'il a été le plus souvent constaté.

Déjà Lipschutz en 1908 en rapporte un cas, puis c'est Scherber en 1916 qui l'observe le deuxième.

Mais il faudra attendre 1932 pour voir le troisième cas. C'est celui que publie M. Brulé et que nous avons observé dans son service.

Depuis les cas sont plus nombreux, c'est peut-être parce que cette observation a contribué à mieux faire connaître la maladie.

En effet il a existé quatre nouveaux cas en deux ans.

Assnin et Sutejew publient en 1933 trois cas d'ulcère aigu de la vulve survenus au cours de la fièvre typhoïde. Et MM. Troisier, Bariéty et Gabriel un cas analogue en 1934.

On peut se demander si, des observations de Lipschutz de Scherber, de Brulé, d'Assnin et Sutejew, de Troisier, on ne doit pas rapprocher :

— quelques unes des dix observations sur « la gangrène des organes génitaux *au cours de la fièvre typhoïde* » que rapporta Spillmann en 1881, alors que l'affection était inconnue ;

— quelques uns des quarante six cas de vulvite aphteuse au cours de maladies infectieuses que rapporte M. Sarrazin, en 1883 dans sa thèse ;

— quelques uns des nombreux cas de Sachs d'ulcère de la vulve *avec fièvre typhoïde*, cas où la bactériologie n'a pas été recherchée ;

— les cas de lésions multiples à type d'aphte au cours de la *fièvre typhoïde* signalés par Lartigau en 1899 ;

— le cas de Curschmann qui a constaté « de l'œdème

des petites lèvres, des érosions, des abcès de la glande de Bartholin et de la gangrène de la vulve au cours de la *fièvre typhoïde* » ;

— les observations de Lartigau, celles de H. Planer et F. Remenovsky avec présence de bacilles d'Eberth au niveau de l'ulcération, en 1922 ;

— le cas de Crosti avec bactérium Coli en 1925.

---

## **SIGNES CLINIQUES, EVOLUTION FORMES CLINIQUES DE L'ULCERE AIGU DE LA VULVE**

---

### **1. Signes cliniques de l'ulcère aigu de la vulve**

Avant d'entreprendre la description de l'*ulcus vulvae acutum*, au cours de la fièvre typhoïde, il nous paraît utile de décrire les phénomènes les plus caractéristiques de la maladie autonome de Lipschutz.

#### **A. GENERALITES.**

Depuis sa description par Lipschutz en 1912, il a été publié environ une centaine d'observations de cette affection. On peut dire qu'elle est assez rare.

Elle se voit chez toutes les femmes et dans toutes les catégories de la société, mais si on la rencontre chez les femmes déflorées, les pluripares et les femmes enceintes parfois, elle a une prédilection pour les vierges. Sur quarante sept cas, Lipschutz la rencontrait trente quatre fois chez des jeunes filles. Elle s'observe à tout âge. Monacelli l'a constatée chez une

fillette de 3 ans et une pluripare de 47 ans. Elle n'est pas de nature vénérienne, elle n'en se contracte pas par le coït.

Lipschutz et Volk ont pu observer chez deux hommes, l'un avec localisation anale, l'autre à la racine du penis, du périnée et de l'anus, des ulcères de même nature que l'ulcère aigu de la vulve. Il n'y avait pas eu de contamination d'un sexe à l'autre.

Si l'*ulcus vulvae acutum* se rencontre chez des femmes d'aspect florissant et ne présentant aucun antécédent morbide, il se présente le plus souvent chez des sujets débiles, anémiés, parfois atteints de lésions bacillaires cutanées ou des organes internes et comme nous le verrons plus loin, avec une fréquence assez grande chez des sujets atteints de la fièvre typhoïde.

La menstruation semble jouer parfois un certain rôle.

Cet ulcus se voit chez les impubères, chez des femmes aménorrhéïques ou hystérectomisées, aussi bien que chez la femme normale, mais il apparaît plus volontiers dans la dysménorrhée. Il s'observe chez les fillettes et n'est pas contagieux.

Sa présence sur la vulve coïncide parfois avec une éruption d'aphtes buccaux ainsi qu'avec des ulcus également localisés dans la bouche, de même nature que l'*ulcus vulvae acutum* (Matras, Schugt, Carol et Ruys, Kummer).

M. Chevallier a pu voir l'ulcus vulvae acutum suivre un choc moral, ce qui expliquerait, dit-il, qu'on ait pu proposer une pathogénie angio-névrotique.

Les récidives en sont assez fréquentes, une malade a rechuté cinq fois.

C'est dans les pays de l'Europe centrale : Autriche, Allemagne, qu'il a été le plus souvent trouvé. Les observations de Lipschutz et de Scherber en sont les témoins. Il a été rencontré avec une plus grande rareté en Italie, en Angleterre, en France, en Russie et en Amérique.

## B. SYMPTOMATOLOGIE

L'ulcus vulvae acutum est une affection aiguë, bénigne et spécifique, due au *Bacillus crassus*, qui se caractérise par l'apparition d'ulcérations sur la vulve, au milieu de signes généraux tantôt intenses, tantôt bénins, de signes fonctionnels estompés dont l'évolution est assez variable quant à la durée et qui, si elle récidive quelquefois, ne laisse pas de séquelles.

### a. *Signes physiques.*

*Début.* — Le début de l'ulcus vulvae acutum est généralement brusque, on ne peut dire s'il y a eu une incubation. On constate soit une ulcération apparaissant sur un œdème de la vulve ou d'une des lèvres, soit une rougeur avec cuisson et démangeaison qui s'ulcérera rapidement. Le plus souvent il se forme

une papule aplatie, chaude, cuisante et prurigineuse ; sur celle-ci se développe une petite vésicule contenant une sérosité louche ; parfois aussi cette papule ne se transforme pas en vésicule et laisse simplement suinter la sérosité : de là naît l'ulcus.

Enfin il peut apparaître d'emblée.

Une fois établie, cette ulcération suinte librement, mais souvent aussi elle se recouvre d'une croûte ou se tapisse de pus.

Quels sont les caractères de cet ulcus ?

Nous allons décrire l'aspect le plus banal de cette lésion, réservant pour la suite ses différentes formes cliniques.

*Siège.* — Le siège en est la région vulvaire aussi bien la peau que la muqueuse :

— Périnée, régions internes des cuisses, replis genito-cruraux, anus, sillons inter-fessiers, ce sont là ses localisations les plus rares.

Fréquentes au contraire sont les localisations sur les petites lèvres, face interne et bord libre, plus particulièrement chez les femmes adultes ; grandes lèvres, commissure supérieure et inférieure, fosse naviculaire, capuchon du clitoris, sillons vulvo-cruraux, plus particulièrement chez les jeunes filles. Volk a rapporté un cas d'ulcération cervico-utérine.

*Nombre.* — L'ulcération est rarement unique. Ces ulcus sont en général au nombre de 3 ou 4, de dimen-

sions variables, mais on en trouve souvent plus ; chez certaines malades les organes génitaux en sont couverts. Ces ulcérations sont en général bilatérales et symétriques, mais quelquefois alors que l'ulcération s'estompe d'un côté, elle commence à apparaître seulement du côté opposé.

*Dimensions.* — Leur dimension n'est pas constante, tantôt lenticulaire, parfois grosse comme une pièce de deux sous ; leur diamètre peut aller de quelques millimètres à 2 cm. et demi.

*Forme.* — Leur forme est généralement ovale, parfois en point d'exclamation à grand axe vertical, parfois arrondie. Elles laissent la plupart du temps entre elles un espace de peau saine et sont rarement confluentes.

*Bords.* — Leurs bords sont irréguliers, festonnés, déchiquetés, taillés à pic, mais ne sont jamais décollés. Congestifs et surélevés au début, ils se mettent sur le même plan que le tégument voisin et se doublent à l'intérieur d'une collerette blanche d'épidermisation qui envahit elle-même le fond dans le processus de guérison. Quand les ulcères se développent dans des plis, ils sont en feuillets de livres ou fissuraires.

*Fond.* — Le fond apparaît souvent purulent, si on l'essuie il est rougeâtre, il suinte quelque temps, puis se recouvre d'une croûte ou d'un exsudat fibrineux qui généralement tombe spontanément ou par grattage.

La plupart des ulcères sont superficiels, mais parfois térébrants, s'ils se trouvent dans des régions humides. On a pu constater une perforation de la petite lèvre, mais cela est rare.

Le fond généralement plat ou en cupule, rarement en entonnoir, presque toujours régulier, devient bourgeonnant et mamelonnaire, recouvert de grosses granulations rougeâtres, quand il y a tendance à la cicatrisation. A mesure que l'ulcus évolue favorablement, le fond s'exhausse, il est sec et rouge. Une poudre asséchante hâte l'évolution.

Cette affection répand une odeur fade bien différente de l'odeur de la gangrène.

*Etat des parties sous-jacentes.* — Pendant l'évolution de l'ulcère les téguments voisins sont généralement normaux mais il y a souvent un peu d'œdème et parfois il peut y avoir un gonflement diffus des lèvres. Les petites lèvres peuvent être turgescentes. La muqueuse est plus ou moins irritée ; mais s'il apparaît une vulvite avec sécrétion purulente, ce qui est une complication, l'irritation est intense.

*Adénopathie.* — Cette affection ne s'accompagne généralement pas d'adénopathie. Le système lymphatique est souvent indemne, il peut exister quelques petits ganglions inguinaux parfois sensibles à la période d'état, sans périadénite, qui disparaissent avec l'ulcération. Cependant Gross rapporte un cas

où il a constaté une glande lymphatique tuméfiée, de consistance pâteuse, mais il n'y a jamais de suppuration.

b. *Signes fonctionnels*

Les signes subjectifs sont généralement peu marqués. Dans la plupart des cas les douleurs spontanées sont minimales au repos. Ce sont des sensations de démangeaison et de cuisson ; elles provoquent le prurit. Par contre, ces ulcérations condamnent le malade au repos au lit car la marche et tous mouvements sont irritants. Ils éveillent des douleurs exquises. Les mictions sont également redoutées, car l'urine qui souille les ulcérations les irrite. Le moindre contact provoque de vifs mouvements de défense. La *palpation* est très douloureuse pendant la période d'état, aussi la malade est hostile à l'examen. Mais au moment du bourgeonnement, on peut toucher les ulcères, ils sont à peu près indolores. Cependant le prurit persiste assez longtemps et il est augmenté par la chaleur du lit. L'exposition de l'ulcération à l'air l'atténue.

Ce sont là des signes qui se dégagent de l'examen de la plupart des malades. Il n'en est pas moins vrai que dans certains cas au contraire la douleur est très violente.

Scherber dit que le début de l'ulcération s'accompagne de douleurs fortes qui augmentent par la suite,

et ressemblent à une brûlure pouvant s'exaspérer au contact des parties enflammées.

La vésicule sur laquelle se développera l'ulcère est aussi souvent qualifiée de très douloureuse. A l'opposé, les signes généraux sont d'un intérêt beaucoup plus grand en raison de leur variété qui peut faire errer le diagnostic.

### c. *Signes généraux*

Ils sont essentiellement variables et dépendent de la forme clinique de l'ulcus vulvae acutum.

L'apparition de l'ulcère n'est jamais précédée d'une période de signes progressifs, mais dans sa forme la plus importante il s'accompagne généralement d'une inquiétude morale intense qui s'accroît par suite de l'entourage.

Le début en est alors violent, donnant l'impression de maladie infectieuse. Malaise, céphalée, élévation thermique à 39°, 40°. Mais les phénomènes locaux apparaissent en même temps et font porter le diagnostic d'ulcère aigu de la vulve. Ces signes généraux *s'atténuent d'ailleurs vite*.

Lipschutz note cependant que dans la plupart des cas le maximum ne dépasse pas 38°. La fièvre descend en 4 à 5 jours en lysis et atteint la normale quand la croûte tombe. Le pouls est en rapport avec la température.

Quand cette fièvre persiste élevée, on doit penser à une affection intercurrente. Quand nous analyserons nos observations d'*ulcus vulvae acutum* au cours de la fièvre typhoïde, nous verrons comment évoluent les signes généraux de ces deux affections.

Dans ses formes les plus bénignes les signes généraux peuvent manquer complètement, ou parfois la fièvre est minime au début et peut n'atteindre son acmé qu'en 2 ou 3 jours quand l'ulcération est bien nette pour redescendre ensuite.

L'*ulcus vulvae acutum* n'a généralement pas de répercussion sur les autres organes. Cependant on a vu dans certains cas les règles se tarir ou sauter une époque.

#### *Eruptions concomitantes.*

La plupart des auteurs n'en parlent pas. Lipschutz rattache à l'érythème polymorphe un cas d'ulcère aigu de Crosti dont la malade présentait un érythème s'étendant à la face et aux extrémités. Ruys et Carol rapportent une observation où en même temps que des ulcères à crassus dans le vagin et dans la bouche, ils constatent un exanthème papulo vésiculeux sur le coude et la cuisse. Dans deux autres cas, M. Chevallier observe un érythème, il soupçonne le premier d'être dû au novarsénobenzol, mais dans le deuxième c'est une éruption rubéoliforme semblable à une roséole de chaleur qui est constatée.

## II. Evolution

Le début, nous l'avons vu, peut être variable. Tantôt nous serons en présence de signes généraux importants, type ulcus gangréneux, avec frisson, température élevée, malaise qui ne dure que quelques jours, 3 ou 4, puis la fièvre s'atténue progressivement ; tantôt le début est imperceptible, les troubles si légers que seule l'éruption vulvaire attire l'attention, type ulcus vénérien.

La période d'état est apyrétique l'ulcération est typique, nette et très sensible. Parfois cependant cette période s'accompagne d'une fièvre légère. S'il persistait encore une fièvre élevée, nous devrions soupçonner une affection intercurrente.

La durée de cette affection dépend du nombre et de la simultanéité des ulcus. S'il n'en existe qu'un ou même plusieurs en même temps et si les ulcérations creusent peu, la guérison se fera en quelques jours.

Mais les ulcus peuvent être d'âge différent.

Certains sortent d'emblée et guérissent aussitôt, d'autres sont parfois précédés de prurit, sortent et ont le même sort que les précédents.

Mais parfois, tandis que les premières ulcérations arrivent au terme de leur évolution, de nouvelles

pertes de substance apparaissent, véritables poussées subintrantes. Tantôt ce sont des ulcus banaux qui prolongent la maladie, tantôt des ulcus miliaires de courte durée.

Chez certains sujets, les poussées se succèdent très longtemps, chevauchant les unes sur les autres. Les ulcus évoluent tous vers la cicatrisation. Le meilleur signal de proche guérison est la disparition de la douleur exquise au toucher, puis la disparition des phénomènes inflammatoires ; alors on voit apparaître le fond de l'ulcère qui bourgeonne, il s'exhausse et le liseré blanc périphérique apparaît. La cicatrice est molle, lisse et légèrement atrophiée. L'ensemble de la durée de cette affection varie de quelques jours à plusieurs semaines ; la convalescence est très rapide.

### III. Formes cliniques

Nous avons décrit l'ulcus vulvae acutum dans son ensemble. Lipschutz en distingue trois types, d'après l'aspect clinique, les signes généraux et l'évolution.

#### a. *Type gangréneux.*

Moins fréquent que le type vénérien mais le plus riche en signes cliniques est le *type gangréneux*.

Les ulcères apparaissent brusquement. Le soir la malade est prise de frissons, le thermomètre accuse

39° à 40°, la malade est agitée, émet des phrases sans suite, se plaint de malaise général et ressent de vives cuissons vulvaires, des douleurs brûlantes, très violentes. En 48 heures l'ulcère s'est constitué ; la perte de substance est grande, elle atteint les couches profondes sous-jacentes. L'ulcération est creusante et peut être perforante. Une escarre jaune grisâtre ou d'un brun noir, de dimension variable la recouvre. Les organes génitaux sont tuméfiés, douloureux surtout à la pression, la vulve est rouge. L'escarre ou croûte est plus ou moins épaisse, adhère fortement et commence à se détacher des bords vers le centre en 3 à 4 jours après sa formation. Elle se désagrège en laissant apparaître une surface ulcérée, lisse. A ce moment la fièvre disparaît, les phénomènes généraux aussi.

La réparation est rapide, des granulations se forment et très vite on voit apparaître une cicatrice lisse et légèrement atrophique.

**b. *Forme vénérienne.***

C'est le type principal. Elle est ainsi nommée à cause de sa ressemblance avec les chancres. Le début est insidieux, les signes subjectifs rares, les signes généraux à peu près insignifiants. Les signes physiques imposent le diagnostic. Ces ulcérations siègent surtout sur les lèvres de la vulve ; elles sont

tantôt superficielles, tantôt profondes, à bords très nets plus ou moins à pic.

La base est molle, grisâtre, un peu purulente, très sensible au toucher. L'évolution est subaiguë, les ulcus guérissent alors que d'autres apparaissent. La maladie peut durer jusqu'à un mois.

*c. Forme miliaire.*

De beaucoup la plus rare ; leur apparition est brusque. Il se constitue en quelques heures des pertes de substances de la grandeur tout au plus d'une tête d'épingle entourée d'un halo rouge et présentant une dépression enduite de pus.

Les ulcus siègent le plus souvent sur les bords des grandes lèvres, plus rarement sur la partie interne des petites lèvres,

Cette forme n'apparaît pas seule, mais accompagne la forme vénérienne. Elle guérit d'ailleurs en quelques jours.

*Rechutes.* — Les rechutes de l'ulcère aigu de la vulve ne sont pas rares. Elles peuvent durer de quelques semaines à des années. C'est ainsi que de 1909 à 1918 une malade de Lipschutz fut atteinte sept fois, de 1913 à 1917, une malade de Gross cinq fois.

Ces rechutes apparaissent souvent sans cause apparente ; mais souvent aussi une maladie intercurrente peut déclancher le processus ulcératif : typhoïde, grippe, tuberculose, etc.

Il nous a paru intéressant, au cours de ce travail, d'étudier quel est le mécanisme qui régit *les rapports de l'ulcus vulvae acutum et de la typhoïde*.

On peut se demander si l'infection d'abord latente ne s'extériorise pas ensuite à l'occasion de cette maladie ou pendant sa période d'incubation, et si d'un point de vue plus général nous ne devons pas rechercher dans une cause déterminante telle qu'infections intercurrentes, troubles nutritifs modifiant le chimisme des sécrétions vaginales, etc., les raisons qui pourraient exagérer la virulence du bacillus crassus, hôte saprophyte du vagin et le rendre pathogène, ce qui pourrait expliquer la cause de l'apparition de l'ulcus vulvae acutum.

---

## **ULCERE AIGU DE LA VULVE AU COURS DE LA FIEVRE TYPHOÏDE**

---

### **I. Les observations**

Les observations d'ulcus vulvae acutum au cours de la fièvre typhoïde sont d'une fréquence relative.

Lipschutz en 1908 et Scherber en 1916, rapportent chacun un cas.

Il nous a été donné d'observer le cas suivant, en janvier 1932, dans le Service de M. le Professeur Brulé.

#### **Observation n° I**

Mlle N., (Emilie), 18 ans, dactylographe, entre le 7 janvier 1932, à l'Hôpital Tenon, dans le service de M. le Professeur Grégoire, pour des ulcérations vulvaires noivrâtres, à aspect sphacélique, avec température élevée.

Les accidents ont débuté le 5 janvier, 15 jours après ses dernières règles qui remontent au 19 décembre. Elle se plaint de frissons, présente du délire. Elle accuse une douleur vulvaire très vive et sent une petite tuméfaction sur le bord droit de la vulve.

Le 7 janvier, les grandes lèvres sont œdématisées. En écartant les petites lèvres, on découvre de chaque côté, sur leur face interne, une ulcération superficielle, ovale, de la

dimension d'une pièce de 0,50. Les contours sont polycycliques, les bords taillés à pic, hyperémiés. Le fond, recouvert d'une sorte de croûte noirâtre, secrète un liquide séro-sanguinolent, sanieux. La base n'est pas indurée. L'hymen est intact. Les ulcérations sont indolentes. Il n'y a pas de fétidité. A droite et à gauche, dans les aines, de petits ganglions durs et roulant sous le doigt, indolores.

L'état général est grave. Température : 39° 7. Pouls : 100. La malade est prostée. Devant l'aspect sphacélique des lésions, des injections de sérum anti-gangréneux sont faites du 7 au 12 janvier.

Le 9 janvier, la croûte tombe, l'examen de la sérosité montre de très nombreux bacilles, gros, trapus, à bouts carrés, prenant le Gram.

Le 11 janvier, les lésions s'étendent, gagnent la fourchette. Elles sont recouvertes d'une fausse membrane blanchâtre. Sur la petite lèvre droite apparaît une nouvelle ulcération. On fait des injections vaginales avec du permanganate de potasse et on applique localement du sérum anti-gangréneux et des pansements antiseptiques ; eau oxigénée, poudre de novarsénobenzol.

Tout semblait orienter le diagnostic vers une maladie locale. Mais l'intensité des signes généraux, l'état de prostration de la malade sont hors de proportion avec les lésions vulvaires. On apprend que le début brutal n'a été qu'apparent. Il a été précédé d'une période de céphalée, de courbature, de somnolence. La température est en plateau entre 39°8 et 40°5. Pouls : 120. Les bruits du cœur sont assourdis. La rate est palpable et percutable. Quelques taches rosées apparaissent.

Une hémoculture permet le 9 janvier d'isoler un bacille d'Eberth, rapidement identifié.

Le 13 janvier, la malade est transportée dans notre service où nous portons le diagnostic d'ulcère aigu de la vulve au cours d'une fièvre typhoïde.

|                             |           |
|-----------------------------|-----------|
| — Numération globulaire :   |           |
| Hématies .....              | 3.780.100 |
| Leucocytes .....            | 6.100     |
| — Formule leucocytaire :    |           |
| Polynucléaires .....        | 64 p. 100 |
| Lymphocytes .....           | 15 —      |
| Moyens mononucléaires ..... | 14 —      |
| Grands mononucléaires ..... | 4 —       |
| Formes de transitions ..... | 3 —       |
| Glycémie .....              | 1 gr. 60  |
| Urée sanguine .....         | 0 gr. 28  |

Les ulcérations très peu douloureuses diminuent de dimensions et se cicatrisent vers le 16 janvier.

La malade absorbe chaque jour, *per os*, une ampoule de vaccin T.A.B.

Une injection intraveineuse de 0 gr. 20 de tryptaflavine, le 15 janvier, détermine une chute thermique d'un degré.

Le 18 janvier apparaissent des accidents sériques dus aux injections de sérum antigangréneux : urticaire, douleurs articulaires violentes. La température remonte à 40°. La malade est plus abattue.

Deux nouvelles injections de 0 gr. 20 de tryptaflavine le 20 janvier et le 2 février déterminent une grosse amélioration.

Deux rechutes se produisent avec hémoculture positive le 10 et le 23 février. Ces deux rechutes sont rapidement jugulées par de nouvelles injections de 0 gr. 20 de tryptaflavine faites les 9, 12, 20 et 24 février. Il n'y a jamais eu d'azotémie.

La malade devient apyrétique le 26 février. Les lésions vulvaires n'ont pas récidivé. L'écoulement menstruel ne s'est pas encore reproduit.

Dans son article qu'il publia en 1912 où il jette les bases de description de l'ulcus vulvae acutum, Lipschutz rapporte l'observation suivante :

### Observation n° II

Une jeune fille de 17 ans, ne présentant aucun antécédent pathologique, présenta il y a 8 jours des frissons avec fièvre élevée.

Le 1<sup>er</sup> octobre 1908 elle se plaint de douleurs violentes au niveau des grandes lèvres de la vulve. La température ne cesse pas, mais apparition d'un deuxième frisson pendant la nuit.

Le dernier rapport date de deux mois.

#### *Description de la lésion.*

A la partie inférieure des petites lèvres on voit symétriquement deux ulcérations arrondies de la grandeur d'une pièce de 1 fr., à bords irréguliers, rouges vifs, taillés à pic. Le fond plat est recouvert de fausses membranes.

En dedans de l'ulcération gauche, on en voit une autre lenticulaire, à bords crenelés et au-dessus de celle-ci se trouve une petite ulcération miliaire, grosse comme une tête d'épingle, semblable à une folliculite ou à un ulcus mou miliaire.

Près de l'orifice uretral une dernière ulcération grosse comme une pièce de 0 fr. 50 à fond irrégulier et qui suppure. La température est à 39°.

Le 5 décembre, la température était la veille au soir à 40°1 et nouveau frisson.

La matité de la rate a augmenté.

Le 7 décembre, la température reste toujours élevée. On traite les ulcérations par de l'iodoforme, les douleurs se calment.

Le 10 la température diminue un peu.

Le 12 les ulcus bourgeonnent et quelques uns sont déjà guéris.

On porte le diagnostic probable de fièvre typhoïde.

L'examen sérologique est en effet positif.

L'examen de la sécrétion des ulcérations montre :

Leucocytes, polynucléaires et bacilles intra mais surtout extra cellulaires. Gram positifs, courts et trapus.

(Bacille que Lipschutz appellera par la suite bacillus crassus).

Depuis, Assnin et Sutejew de Moscou ont constaté trois fois l'ulcus aigu de la vulve au cours de la typhoïde et voici les observations qu'ils rapportent :

### Observation n° III

Une étudiante en médecine de 20 ans tomba malade le 2 août 1928 en présentant une fièvre typhoïde. Le 16 août elle présenta des douleurs à la miction occasionnées par une enflure de la grande lèvre gauche.

Etat actuel. — Taille moyenne, bonne constitution, Embonpoint moyen. Température de 39°9; sur la face interne de la grande lèvre droite une très douloureuse ulcération de forme irrégulière, d'un diamètre de 1 cm. 1/2 à 2 cm.; à côté de cela, sur la face interne des petites lèvres et au niveau du clitoris on aperçoit de nombreuses petites enflures molles, de la grosseur d'une tête d'épingle; ces enflures sont très douloureuses et de formes différentes; le bord de l'enflure est recouvert de petits corps gris blanchâtres. Pas d'adénopathie, l'hymen intact. Wassermann négatif. Le 15 août, le séro-diagnostic de Widal à Eberth se montre positif, le séro-diagnostic avec Para-Eberth, négatif, pas de tréponème, pas de Ducrey, pas de gonocoque, mais de nombreux bacillus crassus.

L'évolution de la typhoïde est grave mais pas de complications.

L'ulcération est partie par badigeonnage avec  $MnO_4K^2$  à 1 0/00; jusqu'au 2 septembre toutes les petites enflures se sont ulcérées pour constituer un ulcère d'une grandeur de 1 cm. à 2 m. sur la lèvre droite; cet ulcus présente une

tendance à la cicatrisation. Peu de temps après l'ulcus commença à diminuer. Le 22 septembre toutes les ulcérations se cicatrisèrent. Le 9 octobre, la malade a pu regagner la maison.

#### Observation n° IV

Une étudiante de 19 ans, tombe malade le 6 septembre 1932, présentant une fièvre typhoïde. Le 14 septembre elle est admise dans une maison de santé ; elle se plaint de douleurs à la miction.

Etat actuel. — A l'examen direct on trouve au niveau de la partie médiane de la grande lèvre droite un ulcus douloureux de forme irrégulière se propageant jusqu'à la commissure postérieure ; profondeur de l'ulcus :  $1/5$  de cm. Le fond paraît troué comme avec une aiguille ; l'hymen intact ; température  $38^{\circ}9$ , [réaction B.W. négative. Dans les urines, présence d'albumine en quantité infinitésimale, de cylindres granuleux et de nombreuses bactéries. Le séro-diagnostic de Widal avec Eberth, est positif, avec Para-Eberth négatif. Leucocytoses 11.200.

Dans l'ulcération, pas de gonocoque, pas de Ducrey, pas de tréponème mais de nombreux bacillus crassus. Culture de staphylocoques blancs.

Le 27 septembre, l'enflure de la grande lèvre droite commence à se cicatriser dans sa partie antérieure. Le fond est propre. L'ulcus atteint l'hymen au niveau duquel il est un peu plus profond. Sur la grande lèvre gauche, [au niveau de son tiers inférieur correspondant à l'ulcus de la lèvre opposée, apparition d'un autre ulcus plus grand qu'un grain de blé. Le fond est couvert d'un enduit fibrineux. Ulcus très douloureux ; pas de mauvaises odeurs.

Le 12 octobre émission de matières fécales sanguinolentes.

A partir du 15 octobre température normale.

Le 20 octobre les ulcus bourgeonnent.

Le 6 novembre guérison. Les ulcères ont été traités par des attouchements au permanganate de potassium à 1°/oo.

### Observation n° V

Une paysanne de 18 ans tombe malade le 19 août 1932 en présentant de la céphalée, asthénie, courbature, fièvre à 39°9.

Elle est admise à l'hôpital le 23 août et commence à se plaindre d'une enflure au niveau des organes génitaux externes et de douleurs à l'épigastre.

Le 25 août, les grandes lèvres présentent sur leurs faces externes des vésicules qui vont s'ulcérer.

Etat actuel. — Anorexie, langue sèche et saburrale, selles quotidiennes, légère hépatomégalie spléno-mégalie manifeste ; raie blanche. Douleurs à la miction. L'hymen est intact. Sur la partie inférieure de la face externe de la grande lèvre droite, on constate une douloureuse ulcération de forme ovale, profonde de 5 mm. Le fond est en cupule et recouvert d'une croûte.

De même, sur la face externe de la grande lèvre gauche, se trouve une ulcération douloureuse de 1 cm. à 1 cm. 1/2 de diamètre et de 5 mm. de profondeur. Le fond inégal est recouvert d'une croûte.

Hémoglobine 55%.

Formule leucocytaire :

|                     |        |
|---------------------|--------|
| Eosinophiles .....  | 7      |
| Lymphocytes .....   | 33 1/2 |
| Monocytes .....     | 7      |
| Neutrophiles .....  | 52     |
| Wassermann négatif. |        |

Pas de plasmodium, pas de tréponème ; pas de Ducrey ni de gonocoque mais présence de *Bacillus crassus*.

Les ulcères sont traités par des attouchements au permanganate de potasse à 2°/oo.

Le 13 septembre les ulcères sont guéris mais il persiste dans les sécrétions vaginales le *Bacillus crassus*.

La température qui était au début de 39°9 est tombée en lysis.

Les selles ont été liquides pendant 1 ou 2 jours.

— Il y a à peine quelques mois, à leur tour MM. Troisier et Baréty rapportaient à la Société Médicale des Hôpitaux l'observation suivante :

#### Observation n° VI

Mlle Ay., (Zélie), âgée de 21 ans, entre le 14 janvier, salle Louis, n° 32, pour un état fébrile à 40° et pour une ulcération vulvaire.

*Histoire de la maladie.* — En réalité, cette jeune fille est souffrante depuis 9 jours. Le 5 janvier, en effet, elle a dû cesser son travail, prise qu'elle fût à ce moment de céphalées, de coliques, de diarrhée.

Dès le 8 janvier, sa température s'élevait à 39°. La diarrhée faisait place à de la constipation. La céphalée persistait et s'accompagnait même de douleurs dans la nuque et les lombes, à telle enseigne qu'un médecin faisait le diagnostic de « grippe ».

Le 11 janvier — 6 jours après le début de tous ces accidents — la malade ressentait une brûlure cuisante lors de la miction et constatait l'apparition, à la face interne des petites lèvres, d'ulcérations recouvertes d'un enduit blanchâtre. Ces ulcérations s'accroissent jusqu'à l'entrée de la malade dans notre service.

L'examen à l'entrée (15 janvier 1934). Quand nous l'examinons, le tableau est tellement particulier que nous pensons aussitôt — avertis par la communication antérieure de M. Brulé — à un ulcère aigu de la vulve chez une typhique.

1° Nous n'insisterons pas longuement sur la symptoma-

tologie proprement typhique : fièvre à 40°, pouls à 92, céphalée, langue blanche, légèrement dépouillée sur les bords et la pointe ; constipation, gargouillement de la fosse iliaque droite ; rate percevable sur deux travers de doigt ; foie normal, pression artérielle basse à 10-8.

Ajoutons simplement que le lendemain des taches rosées venaient compléter cet ensemble. Par la suite (21 janvier), le séro-diagnostic fut positif au bacille d'Eberth (jusqu'à 1/800) au para A (jusqu'à 1/800), au para B (jusqu'à 1/1.200). L'hémoculture demeura négative, mais un examen bactériologique des urines (2 février) montra, par culture, la présence d'un bacille mobile, Gram négatif, donnant par repiquage les réactions suivantes :

Gélose lactosée tournesolée . . . . . Colonies bleue .

Gélose glucosée au rouge neutre . . Pas de gaz, pas de virage.

Gélose au sous-acétate de plomb Noircit.

Lait tournesolé . . . . . Rougit discrètement.

Il s'agissait d'un bacille d'Eberth authentique.

2° Les ulcérations vulvaires siègent à la face interne des petites lèvres. Il existe là, de chaque côté, une ulcération large comme une pièce de 2 francs, à contours polycycliques, limitée par un liseré rouge vif, à bords non décollés. Le fond de l'ulcération est recouvert par un enduit jaunâtre, tomenteux, se détachant facilement. La muqueuse avoisinante est un peu rouge et tuméfiée.

La malade est vierge. On ne constate dans les régions inguinales que des adénopathies insignifiantes et non douloureuses.

Un frottis prélevé sur ces ulcérations montre, après coloration, l'absence de spirilles, mais la présence de gros bâtonnets prenant le Gram et de staphylocoques. On voit, en outre, de nombreux polynucléaires fortement dégénérés, des cellules vacuolaires, des filaments de fibrine.

La culture sur gélose ordinaire laisse pousser du sta-

phylocoque. Sur bouillon T on note, après 24 heures, un voile à la surface du bouillon ; il s'agit de petits bacilles en palissade, prenant le Gram.

Repiquée sur gélose Veillon, cette culture donne au bout de 24 heures, des colonies très denses, d'aspect lenticulaire (1 millimètre environ de diamètre) et siégeant dans les 3 centimètres supérieurs du tube. Examinées au microscope, ces cultures sont formées de gros bacilles à bouts carrés, se mettant bout à bout, s'unissant par endroits en chaînettes de 4 à 6 éléments légèrement anguleuses. Ces germes prennent fortement le Gram.

Sur lait tournesolé poussent des bacilles à bouts carrés. Gram positifs, quelques cocci, mais ni spirochètes, ni bacilles fusiformes.

Notons que ni par examen direct, ni dans aucune culture, nous n'avons pu décèler de bacilles ayant les caractères des germes du groupe Eberth.

Le 20 janvier, on fait à un cobaye femelle des scarifications de la vulve sur lesquelles on applique les colonies de la gélose Veillon.

Le 22 janvier, il existe au niveau de l'inoculation, de l'œdème et un léger suintement dans lequel on note exclusivement la présence de quelques bacilles, Gram positif, de type *crassus*. En quelques jours, ces lésions régressent, puis guérissent entièrement.

*Evolution.* — L'évolution de l'infection typhique fut sévère, marquée par un délire violent, avec relâchements des sphincters, une tachycardie à 160 avec assourdissement des bruits du cœur et hypotension à 9-7, des vomissements bilieux, une congestion des deux bases pulmonaires, une rechute (du 7 au 26 février). Deux injections sous-cutanées de 1/2, puis de 1/4 de centimètre cube de vaccin antityphique iodé avaient donné, le 15 et le 20 janvier, des réactions cutanées importantes (rougeur et tuméfaction).

Contrastant avec cette typhoïde grave, les ulcères vulvaires évoluèrent très simplement.

Le 18 janvier, le fond de l'ulcération, qui occupe la face interne de la petite lèvre gauche, prend une teinte noirâtre subnécrotique. Rapidement cependant, la cicatrisation se produit, à la suite de simples applications locales de bleu de méthylène. Le 25 janvier 1934, les ulcères sont pratiquement guéris, alors que l'infection éberthienne est encore en pleine période d'état.

L'observation de Scherber n'a pas été publiée, mais il signale un cas d'ulcère pseudo tuberculeux (ainsi appelait-il l'*ulcus vulvae acutum* de Lipschutz) au cours de la fièvre thyphoïde dans son mémoire qu'il fit en 1919.

\*  
\* \*

Que nous apprend l'analyse de ces différentes observations ? La constatation d'un ulcère aigu de la vulve survenant au cours d'une fièvre typhoïde. En effet :

## II. C'est un ulcère aigu de la vulve

Nous trouvons tous les *signes physiques, fonctionnels et toutes les formes cliniques* de cette affection.

### 1° SIGNES PHYSIQUES.

*Forme.* — Ce sont des ulcérations :  
tantôt arrondies ( obs. II) ;  
tantôt ovalaires (obs. I, III, V, VI) ;  
tantôt irrégulières (obs. IV).

*Dimension.* — Leur dimension est variable, allant depuis le diamètre d'une pièce de 1 franc (I, II, III, IV), à la forme miliaire (II, III), en passant par la forme lenticulaire (II).

*Siège.* — Le siège en est la vulve :

petites lèvres (I, II, VI) ; grandes lèvres (III, IV, V) ; fourchettes (I) ; orifice urétral (II).

*Nombre.* — Le nombre en est variable, allant de 2 à 5.

*Bords.* — Les bords sont généralement irréguliers, polycycliques et taillés à pic, mais jamais décollés, s'entourant parfois d'une collerette d'épidermisation ou extérieurement d'un halo rougeâtre.

*Fond.* — Le fond a tous les caractères de l'ulcus aigu de la vulve.

tantôt plat et recouvert de fausses membranes (obs. I, II) ; tantôt en cupule et propre (IV, V) ; tantôt tomentueux et recouvert d'enduit jaunâtre (VI) ; tantôt superficiel et mou, recouvert d'une croûte noirâtre, laissant sourdre un liquide sanguinolent (I).

*Parties sous-jacentes.* — Elles sont généralement œdémateuses et rouges, parfois normales (IV).

*Adénopathies.* — Elles sont minimales ou absentes ; pas une seule fois on ne trouve une adénopathie méritant d'être mentionnée.

*Mode d'apparition.* — Les ulcérations surgissent parfois d'une muqueuse saine (obs. IV), ou bien d'une muqueuse œdématisée (I, II, IV), ou encore c'est une

« enflure » sur laquelle se développe une vésicule qui s'ulcère (III et V).

### 2° *SIGNES FONCTIONNELS.*

Ils sont bénins.

Si dans la première observation la malade accuse une douleur vulvaire très vive à l'apparition de l'ulcus et si la malade de la deuxième observation se plaint de douleurs violentes au niveau des grandes lèvres, dans l'ensemble cette affection ne s'accompagne pas de grandes douleurs spontanées.

Ce sont surtout des sensations de démangeaison, de cuisson (obs. V et VI) qui accompagnent l'ulcération. Cette sensation est exagérée par la miction qui est redoutée dans tous les cas.

Les douleurs provoquées sont plus vives ; les mouvements, la palpation sont craints par les malades. Mais elles cessent dès que le processus de bourgeonnement est apparu. Les ulcus sont alors à peu près indolores.

### 3° *SIGNES GENERAUX.*

Ils sont modifiés par suite de la fièvre typhoïde, aussi les traiterons-nous dans un chapitre ultérieur.

### 4° *FORMES CLINIQUES.*

Nous rencontrons les trois types cliniques décrits par Lipschutz. Dans notre observation personnelle, c'est un ulcère aigu, type gangréneux, qui évolue.

Dans les 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> observations, c'est le type vénérien.

Dans la 3<sup>e</sup> observation, c'est le type vénérien associé au type miliaire.

Enfin dans la 2<sup>e</sup> observation, synthèse de toutes les autres, type vénérien, type gangreneux, type miliaire apparaissent ensemble.

Il s'agit donc bien d'un ulcère aigu de la vulve et dans tous les cas nous le voyons bien apparaître au cours d'une fièvre typhoïde.

### **III. Cet ulcère aigu de la vulve apparaît au cours d'une fièvre typhoïde**

Dans cinq cas sur six, la fièvre typhoïde a été confirmée par le laboratoire, soit hémoculture, soit séro-diagnostic de Widal et dans tous les cas nous en avons les signes cliniques : signes généraux progressifs et intenses, température élevée, pouls dissocié, splénomégalie, apparition de taches rosées, assourdissement des bruits du cœur, troubles digestifs.

### **IV. Moment où apparaît l'ulcère au cours de la dothientérie et signes généraux de ces deux affections**

Il nous était impossible de parler du moment de l'apparition de l'ulcère sans parler en même temps

des signes généraux ; c'est pourquoi nous avons réservé ce paragraphe pour ce chapitre.

Les formes vénérienne et miliaire de l'ulcère aigu de la vulve ne s'accompagnent pas de signes généraux ; par contre des frissons initiaux et une température élevée simulant le début d'une maladie infectieuse sont l'apanage de la forme gangréneuse, signes généraux qui d'ailleurs disparaissent en 4 ou 5 jours.

Par ailleurs, la dothièmentérie est une affection qui se manifeste avant tout par des signes généraux.

Comment débutera ce syndrome ?

### *DEBUT DU SYNDROME.*

En aucun cas l'attention du malade ou du médecin n'a été attirée par des phénomènes vulvaires, mais par des signes généraux :

— céphalée, somnolence, courbature, puis température qui monte progressivement à 40° au bout de 6 jours, voilà les symptômes de début de l'observation n° I.

— Dans l'observation n° VI, c'est une jeune fille qui est obligée de cesser son travail parce qu'elle est souffrante, se plaint de maux de tête, coliques, diarrhées suivies de constipation, température qui atteint 40° le 8<sup>e</sup> jour.

— Dans l'observation n° II, il existe une température élevée le 8<sup>e</sup> jour.

Dans les observations IV et V l'observateur nous apprend que ses malades sont atteintes de fièvre typhoïde depuis 8 jours avant que ne débute l'ulcus vulvae acutum. Dans ces cinq cas il nous est facile de conclure que *l'ulcère aigu de la vulve est survenu à la fin du premier septenaire de la fièvre typhoïde*, quant à l'observation III c'est seulement au début du deuxième septenaire que la malade commence à ressentir des phénomènes vulvaires.

Dans l'ensemble, il faudra attendre le début de la période d'état de la fièvre typhoïde, c'est-à-dire le moment où la fièvre commence à se maintenir en plateau, pour voir apparaître les ulcus.

### APPARITION DES ULCUS

#### *Type vénérien ou miliaire.*

Lorsque l'ulcère est du type vénérien, seuls les signes physiques et fonctionnels accusent sa présence, les signes généraux de la fièvre typhoïde ne sont pas modifiés.

Dans la 6<sup>e</sup> observation, Troisier écrit :

« Six jours après le début des signes généraux,  
« la malade ressentit une brûlure cuisante lors de la  
« miction et constatait l'apparition à la face interne  
« des petites lèvres d'ulcérations recouvertes d'enduit  
« blanchâtre... fièvre à 40°, pouls à 92, céphalée,  
« langue blanche, constipation ».

Pas de retentissement non plus de l'ulcère aigu, type vénérien, dans les 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> observations.

On constate des signes généraux normaux de typhoïde.

*Type gangréneux.*

Par contre, lorsque l'ulcération est du type gangréneux, les signes généraux de l'ulcère complètent ceux de la typhoïde.

Dans la première observation, en même temps que la malade accuse une douleur vulvaire très vive, elle se plaint de frissons et présente du délire.

L'apparition de cet ulcère fut si violente, — le diagnostic de fièvre typhoïde n'étant pas encore porté — que le médecin qui vit la malade pensa à un début de gangrène de la vulve.

De même dans la deuxième observation, où les trois types sont associés, par conséquent où se présente l'*ulcus vulvae acutum* du type gangréneux, la malade accuse à l'apparition de cet ulcus, un frisson en même temps que la température s'élève à 39° (frisson qui se répète le lendemain avec température à 40°), cela au huitième jour d'une fièvre typhoïde.

De cela il résulte que :

1° L'ulcère aigu de la vulve n'apparaît qu'à la fin du premier septenaire de la fièvre typhoïde.

2° Que l'ulcère non fébrile ne modifie pas le tableau clinique au moment où il apparaît.

3° Que l'ulcère fébrile type gangréneux accompagne son apparition de ses signes généraux.

## **V. Comment ces deux affections évoluent-elles?**

a. **L'ulcère.** — Une fois celui-ci constitué, il suit son cours quelle que soit sa forme clinique.

*Forme gangréneuse.* — Il met 5 jours pour évoluer.

Dans notre première observation, apparu le 5, il est à peu près guéri le 10, la fièvre typhoïde ne guérira que plus de 40 jours plus tard.

*Forme vénérienne.* — D'évolution un peu plus longue, il met 10 à 20 jours pour guérir ainsi que le montrent toutes nos autres observations, mais toujours avant la fin de la dothéinémie.

*Forme miliaire.* — Guérit en quelques jours.

*Rechutes.* — L'ulcère aigu de la vulve récidive avec une fréquence relative et même plusieurs fois chez la même malade ainsi que nous l'avons vu ; au cours de la fièvre typhoïde aucune rechute n'a été constatée même lorsque la fièvre typhoïde a elle-même récidivé. Il a toujours évolué très simplement. Il paraît donc que la fièvre typhoïde n'a aucune action sur l'évolution de l'ulcère.

### **b. La fièvre typhoïde**

En mettant à part le cas de Scherber pour lequel nous ne connaissons pas l'évolution (nous savons toutefois

que la malade a guéri), sur les six cas que nous rapportons, deux dothiésentéries ont eu une évolution normale, mais les quatre autres ont été très sévères et deux d'entre elles ont été suivies d'une rechute. La malade que nous avons observée nous mêmes a eu deux rechutes.

Il semblerait que l'ulcère aigu de la vulve apparaisse plus volontiers au cours des formes graves.

## VI. Complications

1° Ce syndrome *ulcus vulvae acutum* et dothiésentérie ne s'est jamais compliqué d'aucune des autres manifestations cutanées ou muqueuses qui apparaissent parfois au cours de la fièvre typhoïde.

*L'angine de Duguet* d'une tout autre pathogénie et qui est un symptôme inconstant, n'a pas été constatée.

*L'ulcère aigu de la bouche dû au Bacillus crassus* dont plusieurs cas ont été publiés par Matras, Carol, Ruys et Kummer, Maderna, n'a pas été observé non plus.

2° Au cours de *quelle forme microbienne* apparaît l'ulcère aigu de la vulve ?

Sur sept cas rapportés cinq preuves bactériologiques de la dothiésentérie ont été faites ; c'est toujours dans une fièvre typhoïde due au *Bacillus* d'Eberth et non aux paratyphiques que l'*ulcus vulvae acutum* s'est manifesté.

3° A *quel âge* ce syndrome apparaît-il ?

Aucune des malades n'était âgée de plus de 21 ans.

4° *La race* a-t-elle une influence ?

Elle ne semble pas entrer en jeu puisque deux de nos malades étaient françaises, deux autrichiennes et trois russes.

Par contre sur six observations rapportées, l'ulcus vulvae acutum au cours de la dothiéntérie est apparu cinq fois chez des *vierges* et une fois chez une jeune fille déflorée qui n'avait que 17 ans.

La proportion est donc la même qu'au cours de l'ulcus vulvae acutum autonome.

## VII. Pronostic

Le pronostic de l'ulcère aigu de la vulve est toujours bénin en lui-même, aussi au cours de la fièvre typhoïde ne dépend-il que de celle-ci.

## VIII. Diagnostic positif

Nous ne parlerons pas du diagnostic de l'ulcère aigu de la vulve autonome qui est facile, ni de celui de la typhoïde — il n'entre pas dans le cadre de ce travail — mais du diagnostic positif de l'ulcère aigu de la vulve au cours de la typhoïde. On peut ainsi l'énoncer :

1° Quand un ulcère aigu de la vulve apparaît après

plusieurs jours de signes généraux progressifs : céphalée, courbature, malaise général, somnolence, troubles digestifs, fièvre ascendante, on doit penser qu'il apparaît au cours d'une maladie infectieuse et faire une hémoculture pour dépister une fièvre typhoïde.

2° Si au cours d'un ulcère aigu de la vulve une température élevée se prolonge plus de 5 à 6 jours en plateau, on doit penser à une fièvre typhoïde surajoutée et en vérifier le diagnostic par les manifestations cliniques et les constatations bactériologiques habituelles.

### IX. Diagnostic différentiel

Bien qu'aucun cas d'ulcère vénérien n'ait été rapporté au cours de la fièvre typhoïde, on conçoit que pareilles associations puissent exister. Il est facile de les différencier de l'ulcus vulvae acutum.

a. *Le chancre syphilitique* est tout différent par sa forme qui est arrondie, son absence de bords, sa couleur qui est jambonnée, sa base qui est parcheminée, par l'absence de douleur, par son adénopathie. Enfin par l'absence totale de signes généraux et fonctionnels.

Les ulcérations syphilitiques secondaires et tertiaires sont disséminées sur différentes régions du corps, d'apparition et d'évolution tout à fait différentes.

b. *Le chancre mou* se caractérise par ses bords épais et décollés, son fond sale, enfractueux, par son adénopathie typique. C'est une ulcération douloureuse. L'intradermoréaction et la présence de bacille de Ducrey est caractéristique en cas de doute.

c. *Les ulcérations blennorragiques* sont rares ; elles se caractérisent par des bords déchiquetés, un fond rouge sombre et granuleux. Ce sont aussi de petites ulcérations folliculaires para-urétrales. Enfin la notion de blennorragie ou de vulvite blennorragique suffit à faire faire le diagnostic.

De même au cours de la fièvre typhoïde on ne pourra confondre l'ulcus vulvae acutum avec :

d. *les ulcérations tuberculeuses*. — Ainsi que les ulcérations spécifiques secondaires ou tertiaires, les ulcérations tuberculeuses n'apparaissent que secondairement au niveau des organes génitaux. Elles évoluent vers une perte de substance caséifiante et exulcération ;

e. *avec les ulcérations de la diphtérie cutanée* qui s'accusent par un suintement louche ou fétide avec gonflement de la surface atteinte ; par une infiltration dure et rigide des lèvres. Cette surface devient rouge violacée et douloureuse et par place ulcéreuse. L'apparition de fausse membrane y est fréquente. L'engorgement ganglionnaire est très important. Enfin la présence de bacille de Loeffler confirme le diagnostic.

f. avec le *pemphigus* qui se différencie par la formation de bulbe et sa rapide pullulation qui est de longue durée.

g. avec les *aphtes génitaux*. — L'ulcération est précédée par un stade net caractérisé par une pastille jaunâtre, succédant à une vésicule grise et entourée d'un liseré carminé typique.

Il a été rapporté plusieurs cas d'ulcères génitaux :

h. *Gangréneux compliquant la fièvre typhoïde*. — Là aussi la clinique et le laboratoire les opposent à l'*ulcus vulvae acutum*.

Les signes généraux sont intenses, la fièvre est très élevée. L'ulcération apparaît sur un œdème rosé énorme de la muqueuse génitale, avec phénomènes d'inflammation diffuse.

Ces ulcérations apparaissent au bout de 24 heures sous l'aspect de plaques gangréneuses, violacées, noires ou blanches qui peuvent détruire une partie importante de la vulve. Elles s'accompagnent d'une légère adénopathie. Leur odeur est bien particulière.

Enfin on y rencontre soit l'association fuso-spirochétal soit des anérobies du type vibron sceptique.

i. Scherber a pu constater dans deux cas de *fièvre typhoïde de graves éruptions d'herpès* sur les organes génitaux de la femme.

L'herpès vulvaire siège en n'importe quel point de la vulve. Les vésicules louches puis opaques se crèvent,

macèrent et se transforment rapidement en érosions qui sont très superficielles confluentes microcycliques rouges ou diphtéroïdes, légèrement douloureuses.

Dans l'herpès vulvaire profus, en même temps que les signes cliniques et la dissémination sont plus importants, les ganglions sont engorgés et douloureux.

L'inoculation à la cornée du lapin est caractéristique et il est facilement auto-inoculable au début de l'affection.

Dans l'ulcération on ne retrouve pas de microbes et les caractères histologiques ne ressemblent pas à ceux de l'ulcus vulvae acutum.

L'évolution et le traitement en sont tout différents.

j. Enfin plusieurs auteurs ont observé au cours de la *dothiénentérie des ulcères vulvaires dus au bacille d'Erberth*.

Ce sont de petites exulcérations blanchâtres ovales, à bords réguliers et rose vifs. Leur fond est rose et n'est tapissé ni de fausses membranes, ni de pus. Elles sont indolentes et généralement symétriques. Enfin on y trouve le bacille d'Eberth.

Il est évident que ces ulcérations pouvant apparaître sur la vulve au cours de la fièvre typhoïde, sont bien différentes de l'ulcère aigu de la vulve.

## **X. Rareté apparente de l'affection**

Nous connaissons sept cas certains d'ulcus vulvae autonome au cours de la fièvre typhoïde.

Les observations sont peut être moins rares qu'on ne le croit. Otto Sachs rapporte plusieurs cas d'ulcération de la vulve au cours de la fièvre typhoïde confirmée par le séro-diagnostic de Widal dont un plus particulièrement semble bien être un ulcus vulvae acutum : « Nous voyons, dit-il, sur les organes génitaux « externes des dépôts purulents, les lèvres sont œdé-  
« matiées. Si on enlève ces dépôts, on observe sur la  
« face interne des grandes lèvres, les petites lèvres,  
« le clitoris, de nombreuses pertes de substances ar-  
« rondies ou dentelées, entourées d'un halo rouge...  
« Guérison en quelques jours ».

A l'examen du pus il a constaté de nombreux microbes appartenant au groupe bacille.

Cette observation fut publiée avant les travaux de Lipschutz. Il semble bien que c'est un ulcus vulvae acutum et que le microbe en cause soit le bacillus crassus.

Aussi, pour porter un diagnostic certain, il est indispensable d'avoir un contrôle bactériologique, et pour être complet, un examen histo-pathologique.

---

## LE LABORATOIRE

---

### I. Anatomie pathologique

Comment se présentent microscopiquement les lésions de l'ulcère aigu de la vulve.

Schématiquement voici comment on peut les décrire.

On lui trouve quatre couches en hauteur en allant de la surface en profondeur.

1° une couche nécrosée renfermant du *Bacillus crassus* et parfois des staphylocoques ;

2° une couche intermédiaire ;

3° une couche d'inflammation aiguë ;

4° une base d'inflammation diffuse entourant des infiltrations périvasculaires qui diminuent d'importance en allant du centre à la périphérie.

Plus attentivement on constate que la périphérie est constituée par une couche d'épiderme aminci mais infiltré. Le derme est œdématié ; les couches papillaires sont gonflées de leucocytes et infiltrés d'œdème.

Les faisceaux conjonctifs sont dilacérés et dégéné-

rent lorsqu'on se rapproche du foyer de nécrose. Les petits vaisseaux sont dilatés et leur endothélium hypertrophié.

*La lésion caractéristique* de l'ulcus vulvae acutum est l'inflammation périvasculaire.

Elle atteint surtout les capillaires, péri-capillaires et les petits vaisseaux veineux. Les artérioles sont rarement touchées.

Ces lésions consistent en une dilatation des vaisseaux dont la lumière est bourrée de leucocytes à noyaux polymorphes, avec quelques rares érythrocytes. Les cellules endothéliales sont hypertrophiées, les cellules conjonctives de l'intima aussi. Toute la paroi du vaisseau est œdématiée.

Les leucocytes forcent les parois vasculaires et les épaississent.

De la superficie à la profondeur cet infiltrat qui a l'aspect d'un pseudo abcès miliaire, diminue de volume et au maximum la paroi vasculaire a disparu.

Cet infiltrat est composé de lymphocytes, de leucocytes de cellules connectives gonflées et de quelques plasmazellen ; mais il ne peut être ni de nature tuberculeuse, ni gangréneuse car on n'y trouve ni caséification, ni hémorragie, ni cellules géantes, ni plasmomes.

## II. Bactériologie

Dans les ulcérations aiguës de la vulve, au cours de la fièvre typhoïde, il n'a jamais été rencontré de bacille d'Eberth, ou para A et B., mais du *Bacillus Crassus* dont les caractères morphologiques et les méthodes de cultures sont toutes différentes.

Ces bacilles sont caractéristiques de l'ulcère aigu de la vulve. Ils se présentent dans les sécrétions purulentes de l'ulcère, sous forme de nombreux bâtonnets, en général rectilignes, rectangulaires aux extrémités, nettement coupés bout à bout, prenant le Gram. Ces bacilles, le plus souvent isolés, plus rarement groupés en courtes chaînettes, sont en général extra-cellulaires, mais à l'acmé du processus, les cellules blanches en contiennent souvent un certain nombre qu'elles ont phagocytés.

Leur dimension sont les suivantes :

Longueur de 1,5 à 3,05  $\mu$ .

Largeur 0,5  $\mu$ .

Ce bacille est immobile, et se colore uniformément.

A la fin de la maladie, de nombreux microbes présentent des plages claires, se colorent mal et dégènerent.

A côté de cette forme normale qui prédomine de beaucoup on peut rencontrer des formes fines et des formes un peu incurvées.

Il est l'agent pathogène de cette affection ; par contre dans certains cas et chez certains malades négligents, il est associé à des staphylocoques et à des pseudo diphtériques.

### *Culture*

Lipschutz cultivait ce bacille en s'appuyant sur les principes suivants :

Le bacillus crassus associé à d'autres microbes modifie la forme de leurs colonies, si bien que leur limitation devient irrégulière et présente des ramifications.

Scherber a pu, en 1918, isoler du bacillus crassus en cultures fines.

Voici la méthode de culture :

On étale le pus de l'ulcération suivant plusieurs traits parallèles, sur un milieu de gélose-ascite. Après 48 heures, sur cet étalement se développent de gros dépôts de staphylocoques. C'est tout ce que l'on constate macroscopiquement.

Voici ce que l'on constate microscopiquement et qui est caractéristique du bacillus crassus : A côté des grosses colonies opaques de staphylocoques, on voit des colonies délicates, transparentes, « irradiant des mèches chevelues » (suivant l'expression de Lipschutz).

On obtient des cultures pures du bacillus crassus en réensemencant ces fines cultures sur gélose-ascite.

Dans les colonies toutes jeunes on trouve des bâtonnets isolés mais sur des colonies moins récentes, il est de règle de voir de longues files composées de bacilles plus ou moins longs. Certains ont jusqu'à 45  $\mu$ . Enfin apparaissent des formes d'involution, tordues, enroulées, fines, etc.

Lipschutz préfère le repiquer sur un milieu nutrose-agar additionné de 5 % de glycérine.

Le repiquage sur gélose-veillon donne de nombreuses colonies denses, lenticulaires.

Ce bacille est facultativement anéarobie.

Il se cultive sur d'autres milieux.

Nous citerons :

la dextrose-gélose, la gélose glycinée ;

le sérum sanguin ;

le sérum de Loeffler.

C'est un saprophyte fréquent des voies génitales  
On le trouve souvent dans le vagin de femmes saines.

---

## **PATHOGENIE**

---

Plusieurs auteurs ont nié le pouvoir pathogène et la virulence du bacillus crassus dans l'ulcus vulvae acutum ; or à l'heure actuelle ils semblent bien démontrés.

### **I. Pouvoir pathogène du bacillus crassus**

*Constance du bacille.* — En effet on le trouve dans la sécrétion purulente des ulcères quels que soient la forme et le début, tantôt en quantités énormes, surtout à l'acmé de la maladie, soit en quantité modéré. On est frappé par la constance de ce bacille.

*Présence dans les coupes histopathologiques.* — D'autre part, certains observateurs ont retrouvé le bacillus crassus sur les coupes à côté de staphylocoques (Chevallier, Troisier, Maderma, Matras).

*Aspect caractéristique des coupes.* — La lésion provoquée par le bacillus crassus avec son infiltration périvasculaire est presque caractéristique de la maladie (Lipschutz, Brunauer).

*Inoculation.* — Ce bacille a été cultivé et dans certains cas l'inoculation s'est montrée positive.

Scherber a pu provoquer, en inoculant deux lapins de petits ulcères génitaux contenant le bacillus crassus.

L'an dernier et dans un ulcus au cours de la typhoïde Troisier et Bariety en inoculant un cobaye femelle, déterminèrent une infection vulvaire locale avec œdème et suintement purulent renfermant le bacillus crassus, dès le début des lésions.

*Intra-dermoréaction.* — Dans deux cas, sur deux malades différentes, Assnin et Sutejew firent un auto-vaccin avec bacillus crassus pris sur les ulcères de chacune des malades et le leur injectèrent au bras ; dans les deux cas il se développa au lieu de l'infection un ulcus se recouvrant de pus. Ces auteurs proposent d'employer cette réaction comme moyen de diagnostic de l'ulcère aigu de la vulve.

Il paraît bien que l'action du bacillus crassus soit démontrée expérimentalement comme l'agent causal de l'ulcus vulvae acutum ; affection autonome, en raison de sa clinique, de son évolution, de son histopathologie et de sa bactériologie.

## **II. Virulence du bacillus crassus**

Le bacillus crassus est ordinairement un hôte saprophyte du vagin. Comment peut-il donc provoquer

l'*ulcus vulvae acutum* ? Comment devient-il virulent ?

En effet pour expliquer le pouvoir pathogène de *bacillus crassus* deux théories sont en présence.

*a.* ou bien le terrain est diminué et le germe devient pathogène ;

*b.* ou bien la maladie augmente la virulence du germe c'est cette théorie que Lipschutz défend.

Ces deux théories ne s'opposent pas, on comprend bien que le germe étant plus virulent son pouvoir pathogène s'exercera d'autant mieux que le terrain sera diminué ; de même la façon que la pneumonie, maladie anergissante réveille la virulence du virus herpétique.

*a. Rôle de la typhoïde.*

Nous constatons que l'ulcère aigu de la vulve ne survient jamais avant la typhoïde, mais au bout du premier septénaire environ. Il semble que cependant cette période faisant fonction en quelque sorte de période d'incubation, la virulence du *bacillus crassus* se développerait et déclancherait le processus ulcé-ratif.

*b. Rôle des autres affections.*

La fièvre typhoïde n'est pas seule à remplir ce rôle ; la grippe, la tuberculose, la furonculose, l'érythème noueux auraient le même pouvoir.

Dans une observation de Assnin et Sutejew, l'*ulcus vulvae acutum* apparaît au cours de la grippe.

Dans une autre des mêmes auteurs, il apparaît au cours d'une furonculose.

Dans deux autres cas, c'est au cours d'une pleurésie et d'une tuberculose pulmonaire.

Et semblant confirmer la conception que nous nous faisons de cette auto-infection par augmentation de la virulence du germe, à *chaque poussée de tuberculose apparaissait un ulcus vulvaire* chez ces deux malades.

Dans une observation de Matras et une de Burnier et Carteaud, érythème noueux et ulcus vulvae acutum se développent chez les mêmes malades.

Dans d'autres cas ce ne serait pas une infection aiguë qui serait cause de l'accroissement de la virulence du germe, mais une modification de la flore et du chimisme de la vulve (Monacelli) : par exemple la dysménorrhée ou un déséquilibre général lors de l'apparition des premières règles. Enfin certaines malades font pendant un certain temps des ulcères de la vulve lors de chaque période cataméniale.

D'ailleurs l'infection pourrait ne pas se manifester immédiatement dans tous les cas mais resterait latente *in situ* et se réveiller comme le fait la furonculose.

Il est certain que si l'on admet cette augmentation de virulence du germe, il est encore beaucoup de circonstances qui nous échappent.

---

## TRAITEMENT

---

L'ulcus vulvae acutum guérit presque spontanément aussi s'abtiendra-t-on, de toute médication intensive qui aurait pour effet de l'irriter.

Il suffit d'appliquer sur les ulcérations une poudre légèrement antiseptique et calmante ou une solution clamante active et inoffensive, comme le bleu de méthylène ou une solution de permanganate de potassium à 1 0/00. Notons que le novarsénobenzol employé plusieurs fois n'a présenté que des inconvénients en irritant l'ulcération.

---

## CONCLUSIONS

---

L'ulcère aigu de la vulve est une affection à l'heure actuelle bien isolée, due probablement au bacillus crassus qui apparaît en général comme une lésion primitive. Mais un certain nombre d'observations d'ulcère aigu de la vulve ont été publiées au cours de la fièvre typhoïde, ce qui complique alors le diagnostic. Ce sont des cas d'ulcère aigu de la vulve au cours de la fièvre typhoïde qui font le sujet du présent travail.

1° Quand un ulcère aigu de la vulve apparaît après plusieurs jours de signes généraux progressifs : céphalée, courbature, fièvre progressivement ascendante, ce n'est pas un ulcère aigu autonome. Il faut penser à l'existence d'une maladie infectieuse et rechercher la fièvre typhoïde par hémoculture.

2° Un ulcère aigu de la vulve du type gangréneux et *a fortiori* de toute autre forme clinique, dont la température ne décroît pas au bout de 5 à 6 jours n'est pas autonome ; on doit penser à une fièvre typhoïde et en vérifier le diagnostic par les manifestations cliniques et les épreuves bactériologiques habituelles.

3° Quand une ulcération de la vulve apparaît au cours d'une fièvre typhoïde nous devons penser à un *ulcus vulvae acutum* de Lipschutz. L'examen clinique, la bactériologie et l'anatomie pathologique de l'ulcération contrôlent le diagnostic.

4° L'ulcère aigu de la vulve a été jusqu'alors observé au cours des fièvres typhoïdes dues au bacille d'Eberth et non aux paratyphiques.

5° Au cours de la fièvre typhoïde, comme dans la plupart des cas d'*ulcus vulvae acutum* autonome, l'ulcération apparaît chez des femmes jeunes et surtout chez des vierges.

6° La fièvre typhoïde n'aggrave pas l'évolution de l'ulcère aigu de la vulve.

7° Le pronostic de l'ulcère aigu de la vulve au cours de la fièvre typhoïde ne dépend que de cette dernière.

8° Une fièvre typhoïde se compliquant d'ulcère aigu de la vulve est généralement grave.

9° Quand l'ulcère aigu de la vulve apparaît au cours de la fièvre typhoïde, s'il est du type gangréneux, il aggrave seulement le tableau clinique au moment de son apparition.

10° La fièvre typhoïde apparaissant chez des por-

teurs de bacillus crassus saprophyte des voies génitales féminines semble augmenter la virulence de ce germe qui provoquera alors un ulcère aigu de la vulve.

11° Dans les observations jusqu'alors publiées, l'ulcère aigu de la vulve apparaissant au cours de la fièvre typhoïde ne récidive pas alors même que la fièvre typhoïde récidive.

*Vu :*  
*Le Doyen,*  
ROUSSY.

*Vu :*  
*Le Professeur, Président de thèse,*  
LEMIERRE.

*Vu et permis d'imprimer :*  
*Le Recteur de l'Académie de Paris,*  
S. CHARLÉTY.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Al Fons.** — « Bei acute Ulcer of the Vulva », *Ugeskrift for læger*, 1919, n° 36, p. 1411.
- « Uber Ulcus vulvae acutum », *Arch. für dermat. u. Syphilis*, 1921, n° 133, p. 336.
- Arzt.** — *Wiener Derm. Gesells*, 1924, 5-v.
- Assnin et Sutejew** (de Moscou.) — « Zur frage des Ulcus vulvae acutum Lipschutz », *Arch. für Dermat. u. Syphilis*, 3 nov. 1933, p. 470.
- Appel.** — « Demonstration im Altonaer ärztlichem Verein », *Munch. med. Wochensch*, 1916.
- Bingel.** — « Uber Ulcus vulvae acutum », *Dermatol. Zeitschr.*, 1921, Bd. 33.
- Brulé, Hillemand et Gilbrin.** — « Ulcère aigu de la vulve au début d'une fièvre typhoïde », *Bulletin et Mémoires Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 15 avril 1932, n° 13.
- Brunauer.** — « Uber perigenitale Lokalisation des Ulcus vulvae acutum », *Wien. Med. Wochensch*, 1920, p. 1331).
- Buquicchio.** — « Contributo clinico-perimentale alla conoscenza delle ulcerazioni acute non veneree dei genitali esterni femminili », *Giorn. ital. di Dermatol. e Sifilogia*, 1925, vol. 66, p. 460.
- Callomon.** — « Die Micht ven. Gen. Erkrunkungen ».
- Cappelli.** — « Ulcerazioni acute dei Genitali di natura non venerae », *Riforma Medica*, 1927, n° 5, p. 111.

- « Contributions à l'étude clinique et expérimentale de l'ulcère aigu non vénérien des organes génitaux externes », *Riforma Medica*, 1925, p. 188.
- Carol W.) und Ch. Ruys.** — « Acta Dermato Vener », *Stockl*, 1928, n° 9, p. 123.
- Carrière.** — « Sur quelques cas de vulvite impetigineuse chez les enfants », *Bulletin Médical*, 1902, p. 1105.
- Chevallier (P.).** — « Ulcère aigu de la vulve », *Presse Médicale*, 20 janvier 1932, n° 6, p. 98.
- Christlieb.** — « Dissertation inaugurale », *Würtzburg*, 1895.
- Curschmann.** — « Der Abdominaltyphus Nothnagels », *Handb. d. Sepz. Path. u. Ther*, n° 111.
- Czapin.** — « Ulcère non vénérien des organes génitaux de la femme », *Roussky Journal, Krin. i. Ven.*, 1908, p. 211.
- Delbanco.** — « Ulcus vulvae acutum », *Derm. Wochensch*, 1926.
- Döderlein.** — « Das Scheidensekret und seine Bedeutung für das Puerperalfieber », *Leipzig*, 1892.
- Mac Donagh.** — « Acute ulceration of the vulva », *Brit. journal of Dermat. a Syphilis*, 1924, vol. 36).
- Finnerud.** — *Arch. of Derm. and Syphilis*, 1926, vol. XIII.
- Frommer.** — *Derm. Woch.*, 1925, n° 81.
- Gans.** — « Histol. der Hautkrankh. », *Springer éditeur, Berlin*, 1925.
- Glauberson.** — *Dermat. Wochensch*, 1928.
- Gonner.** — « Über Mikroorganismen im Sekret der Weiblichen Genitalsen Während der Schwangerschaft und bei puerperalen Erkrankungen », *Zentralbl. f. Gyn.* 1887, n° 11, p. 444.

- Gottron (A.).** — *Berliner dem Gesellsch.*, 13 nov. 1928.
- Gougerot, Burnier et Uhry.** — « *Ulcus vulvae acutum* », *Annales des maladies vénériennes*, 1929, p. 861.
- Gougerot, Burnier et Carteaudo.** — « *Ulcus vulvae acutum* », *Soc. Derm. Paris*, 1931, mai.
- Gross.** — *Wiener klin. Woch.*, 1917, n° 9.
- « *Über Ulcus vulvae acutum* », *Wien klin. Woch.*, 1914, p. 224.
- Heim.** — *Med. klin.* 1921, n° 20.
- Henke et Lubarsch.** — « *Handbüch der Spez. Anat. u. Hist. II* », *Berlin. Springer*, éditeur, 1924.
- Jaffe.** — « *Über ulcus vulvae acutum* », *Zentralb. Dermat.* année, 1932, p. 548.
- Kummer.** — « *Démonstration eines Falles von Ulcus Vulvae acutum* », *Wien Dermat. gesel.* 1920.
- *Dermat. Zent.* année 1930, p. 40.
- Lartigau.** — *Brit. Med. Journal*, 1899.
- Lenartowicz.** — « *Über ulcus vulvae acutum* », *Wiener klin. Wochensch.*, 1917, p. 226.
- Leftakis .** — « *Ulcus vulvae acutum* », *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1933, n° 1, p. 119.
- Levin.** — « *Ulcus vulvae acutum* », *Journal american medical association*, 1931, B. p. 2079.
- Lipschutz.** — « *Klinische und Bacteriologische unterschungen über das Ulcus Venereum* », *Arch. für dermat. u. S.*, 1905, n° 76, p. 347.
- « *Über ein eigenartige Geschwürsform des Weiblichen genitales* », *Arch. für Dermat. u. Syphilis*, 1913, p. 36.
- « *Bakteriologischer Grundüz und Atlas des Geschlechtskrankheiten* », *Leipzig, Johan Ambrosius Barth*, 1913.

- « Demonstration eines Falles von Ulcus Vulvae Acutum in der Wiener Gesellschaft der Ärzte », *Wien. Klin. Wochenschr.*, 1914, p. 776.
- « Derm. von Reinkulturen des Bacillus Crassus », *Wien. Derm. Ges.*, 6 janv. 1918, *Arch. für Derm. u. S.*, 1920.
- « Über Ulcus vulvae Acutum », *Wien Klin. Wochenscher.* 1918, n° 17.
- « Das Histologische Bild des Ulcus vulvae acutum », *Arch. für Dermat. u. S.*, 1921, p. 136.
- *Dermat. Woch.* 1923.
- « Dermat. Studien », *Voss. éditeur* Leipzig, 1925.
- « Ulcus vulvae acutum », *Handbuch de Jadassohn*, année 1927, t. XXI, p. 392 et année 1934.
- « Ulcus vulvae acutum », *Monographie, Leipzig Verlg. L. Voss*, 1932.
- Loevi.** — « Ueber den Bacillus Crassus », *Wien klin. Wochenschr.*, 1920, p. 730.
- Matras.** — *Wien Derm. Gesellch.*, 3 mai 1928.
- « Über Aphtenartige Mundschlühhautveränderungen beim Ulcus Vulvae acutum mit positivem bac Crassus Befund », *Arch. für Derm. und s.* 1932, n° 166, p. 49.
- Maderna.** — « Ulcus vulvae acutum », *Riforma medica*, 1934, n° 13, p. 486.
- Mayer.** — « Ein in der Schovangerschaft rezidivierendes Ulcus der grossen Laben », *Dermat. Ztschi*, Berlin, 1909, n° XV, p. 294.
- Monacelli.** — « Sur quelques cas d'ulcère aigu de la vulve », *Annales des maladies vénériennes*, janv. 1927, p. 20.
- Neumann.** — « Die Aphten am Weibl Genitale », *Wiener klin. Rundschau*, 1895, n° 19, p. 20.
- Oelze Rheinboldt.** — « *Derm. Woch.*, 1922, p. 75, 1923, p. 76.
- Olson.** — « Veneroïd ulcer », *Arch. of Dermat. and Syphilis*, mars, 1920, n° 1.

**Oumansky.** — *Roussky Venstnik dermat.* 1927.

**Pautrier et Roederer.** — « Ulcère aigu de la vulve de Lipschutz », *Réunion dermatologique de Strasbourg*, 8 mars 1931.

**Planner et Remenovsky.** — « Ulcera bei Typhus abdominalis », *Arch. für dermat. u. S.*, 1922, p. 170.

**Philadelphia.** — « La présence du bacillus crassus dans les ulcérations de la muqueuse buccale au cours de l'ulcus vulvae acutum », *Dermat. Wochen*, 1933, t. XCVII, n° 44.

**Roederer et Sloimovici.** — *Réunion dermatologique de Strasbourg*, 1927, p. 263.

**Rostenberg.** — *Arch. für dermat. u. S.*, 1922, p. 140.

**Sachs.** — « Beiträge zur Pathologie der Vulvitis », *Wien. klin. Wochenschr.*, 1905, n° 23, p. 602.

**Sarazin.** — « La vulvite aphteuse au cours des maladies infectieuses », *Thèse*, Paris, 1883.

**Scherber.** — « Zur klinik und Aëtiologie einiger am Weiblichen Genitale », *Dermatol. Zeitsch.*, 1913.

— « Weitere Mitteilungen zur Klinik und Bacteriologie der pseudotuberkulösen Geschweire am Weiblichen, genitale », *Wien klin. Wochenschr.*, 1913.

— « Über die Bezeichnungen der in den pseudotuberkulose geschwuren, *sive ulcus vulvae acutum*, sich findenden Bazillen zu den Scheidenbazillen Döderlien », *Wien. klin. Wochenschr.*, année 1908, p. 1005.

— « Zusammenfassung der Klinik der pseudotuberkulösen Geschwure, *sive ulcus vulvae acutum* Nachweis der Identität der in den geschwuren sich findenden bacillen mit des Scheidenbacillengeschwüre zu benennen, *Arch. für Dermat. u. S.*, 1919, p. 127.

— *Wien. Med. Woch.*, 1923, p. 73.

- Simon (Clément).** — « Ulcus vulvae acutum ou Maladie de Lipschutz », *Bulletin médical*, année 1928, n° 20.
- Schugt.** — « Das ulcus vulvae acutum Lipschutz und seine Aetiologie », *Zentrablatt für Gynéekologie* 1825, n° 39.
- Spillmann.** — « Gangrène des organes génitaux de la femme au cours de la fièvre typhoïde », *Archives générales de médecine*, 1881, p. 153.
- Sunk et Fischer.** — *Arch. für Dermat. u. S.*, 1929, p. 158 et 792.
- Talov.** — « Ulcère aigu de la vulve avec lésions de la peau et de la muqueuse buccale », *Archiv. of dermat. a Syph.* année 1934, n° 4.
- Thalmann.** — *Arch. für Derm. u. S.*, 1925, p. 68.
- Troisier, Bariety et Gabriel.** — « Ulcère aigu de la vulve et fièvre typhoïde, rôle du Bacille Crassus », *Bulletin et mém. soc. méd. hôp. Paris*, 10 déc. 1934, p. 1593.
- Tschapin.** — « Ulcera non venerea bei Frauen », *Zlb. Dermat.*, 1907, n° 11, p. 383.
- Vespremi.** — « Züchtungs und Tierversuche mit Bacillus fusiformis Spirochaete Gracillis und Cladothrix putridogenes », *Zlb. für Bakt.*, 1906, vol. 44, 1<sup>re</sup> série.
- Volk.** — « Zum Krankheitsbegriff der Sogenannten Ulcus vulvae acutum », *Wien. klin. Woch.*, 1914.
- Walter.** — « Über ulcus vulvae acutum », *Dermat. Wschr.*, 1930, p. 90.
- Welander.** — « Insonten oberflächliche Genitalsgeschwüre bei Frauen », *Arch. f. Derm. u. S.*, 1923, p. 68.
- Werther.** — « Ulcus vulvae acutum », *Zentralb. für haut. u. Ges.*, 1925, p. 846.
-



---

Imprimerie F. BOISSEAU, 34, rue du Taur. — TOULOUSE





